WNIOSEK O **ZGŁOSZENIE** CZŁONKA RODZINY

DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. **Dane pracownika UO:**

Nazwisko i imię …………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………….

1. **Dane członka rodziny:**

Zgłoszenie od dnia ……………………………………………………………………………

 (dzień-miesiąc-rok)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Data urodzenia |  |
|  | PESEL |  |
|  | Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia |  |
|  | Stopień pokrewieństwa 1) |  |
|  | W przypadku zgłoszenia dziecka – czy się kształci | TAK/NIE \* |
|  | Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym? | TAK/NIE \* |
|  | Stopień niepełnosprawności (jeśli orzeczono) |  |
|  | Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania) |  |

Zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o utracie uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zmianach lub błędach w podanych wcześniej danych członka rodziny.

Data ……………………………. Podpis pracownika ………………………………………………………………..

1) Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za członka rodziny uważa się:

1. dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. małżonka (maż, żona – nie mający innego tytułu do ubezpieczenia),
3. wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym
* niepotrzebne skreślić